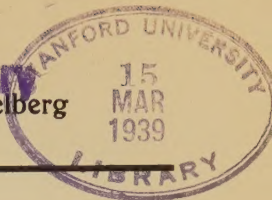


Lane Medical Library
Aus der Universitätsfrauenklinik in Heidelberg
Direktor: Prof. Dr. Runge.



Das spätere Schicksal der an einer Tubargravidität operierten Frauen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

Maria Tritschler

aus Mannheim.

Buchdruckerei M. Krahl, Erlangen-Bruck.

1 9 3 7

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität Heidelberg.

Referent: Oberarzt Dr. Jacobi
Dekan: Professor Dr. Runge

Meinen Eltern

in Dankbarkeit gewidmet!

Nach einer Tubargravidität besteht für die Frau immer die Gefahr eines Recidivs, wenn bei der Operation eine Tube zurückgeblieben ist. Das gilt besonders, wenn die Entzündung und ihre Folgen Ursache der Tubargravidität gewesen ist. Der operierende Arzt steht hier vor der Entscheidung, ob er die andersseitige entzündete Tube mit-entfernen soll, um prophylaktisch ein Recidiv zu vermeiden. Der Entschluß wird im Zweifelsfall besonders schwer sein, wenn großer Kinderwunsch bei einer Frau besteht und noch keine normale Schwangerschaft vorherging.

Aufgabe der Arbeit ist, zu untersuchen, wie häufig sich Tubargravidität wiederholt und ob auch sonstige Beschwerden zurückbleiben. — So haben wir unsere Patientinnen nach postoperativen Konzeptionen sowie durch die Operation eingetretenen Beschwerden gefragt. Außerdem wollten wir wissen, ob die Frauen seitdem an Fluor, Schmerzen im Unterbauch und Kreuz zu leiden hatten. Weiterhin interessierte uns, ob sich die Menstruation nach der Operation verändert habe, bezüglich Dauer, Stärke und Regelmäßigkeit oder ob sie seitdem mit Schmerzen verbunden sei.

Unser Material wurde derart ausgewählt, daß wir zunächst nur solche Fälle herausgriffen, die mikroskopisch tatsächlich als Tubargravidität sichergestellt waren. Weiterhin trat dadurch eine Einschränkung ein, daß wir nur die zusammenstellten, bei denen bei der ersten ektopischen Schwangerschaft eine einseitige Entfernung der Adnexe vorgenommen worden war. Bei 4 Frauen wurde die andere Tube zum Teil wegen Entzündung reseziert. Es blieb somit die Möglichkeit bestehen, daß eine Schwangerschaft wieder eintreten konnte. Diese Möglichkeit ist zwar sehr gering, aber sie besteht, wenn das neugebildete Tuben-

ostium offen bleibt, und die Tube in ihrer Länge durchgängig ist. Alle anderen Bedingungen, von denen später die Rede sein soll, müssen natürlich erfüllt sein, damit das befruchtete Ei nicht schon im Eileiter nidationsreif wird und zu einem Recidiv führt.

Von den an der Heidelberger Universitäts-Frauenklinik zur Operation gelangten Tubargraviditäten beträgt die Mortalitätsziffer 2,07% nach einer Arbeit von Heimprecht, der über ein Material von 628 Fällen aus den Jahren 1910—1933 verfügte. Die wenigen Fälle, die zum Exitus gekommen sind, fielen natürlich auch bei unserer Zusammenstellung weg.

Mit diesen Einschränkungen blieben aus den Jahren 1925 bis 1934 an 129 Patientinnen die Anfragen zu richten, von denen 92 beantwortet wurden. Die Erkundigungen wurden von Mitte Juni bis Mitte September 1935 eingezogen. Die Frauen aus Heidelberg und der nächsten Umgebung wurden zum größten Teil (21) besucht, um wenigstens von diesen genaueste Auskunft zu erhalten.

Die Verteilung auf je 5 Jahrgänge ist folgende:

	Anfragen	Antworten	%
1925—1929	47	31	66
1930—1934	82	61	74,4
Gesamtzahl	129	92	71,9

Aus dieser Aufstellung ist eine scheinbare **Zunahme der Extrauteringravidität** in den letzten Jahren zu ersehen. Aber wir haben ein einseitig ausgewähltes Material und dürfen daraus keine Schlüsse über die Zunahme der Tubargravidität ziehen. Tatsächlich aber wird an unserer Klinik eine Zunahme in den Nachkriegsjahren von Heimprecht festgestellt, und viele Autoren berichten dasselbe von anderen Krankenanstalten.

Für die spätere ätiologische Betrachtung ist vielleicht von Wichtigkeit, daß **das durchschnittliche Alter der erstmalig an einer Extrauteringravidität Operierten zwischen 25 und 30 Jahren liegt**, während für normale

Geburten die höchsten Ziffern bei 21- bis 25-Jährigen zu finden sind. Diese Angaben über das durchschnittliche Alter der Patientinnen stimmen überein mit solchen von Reichl für die Kieler Universitäts-Frauenklinik. Folke Möller-Schweden fand für die Universitäts-Frauenklinik in Lund an einem größeren Material das Maximum zwischen 31 und 35 Jahren für die Extrauterin gravidität gelegen.

Von unseren Patientinnen hatten vor der ersten Tubargravidität:

1. nur Geburten	45 Frauen
2. nur Aborte	11 „
3. Aborte und Geburten	16 „
4. weder Geburt noch Abort	20 „
	92 Gesamtzahl.

Aus dieser Zusammenstellung sieht man, daß die meisten Frauen **vor ihrer extrauterinen Schwangerschaft eine intrauterine** hatten.

v. Winkel schreibt schon in einer Ausgabe seines „Lehrbuches der Geburtshilfe“ im Jahre 1893, daß „Mehrgeschwängerte, dem 3. und 4. Decennium angehörig, welche längere Zeit nicht concipierten, und Erstgebärende, welche längere Zeit steril verheiratet waren, besonders prädisponirt seien.“

Dieser Satz enthält die heute noch maßgebenden Theorien, die wir für die Entstehung einer ektopischen Schwangerschaft annehmen. Als Hauptursache ist die Entzündung anerkannt; durch aufsteigende Infektion nach fieberhafter Geburt oder Fehlgeburt, fieberhaftem Wochenbett und bei Gonorrhoe werden die Tuben pathologisch verändert. Als weitere Ursache kommt die **Hypoplasie** in Frage, wobei das Ei vorzeitig nidationsreif werden kann infolge abnorm langer Tube; auch kann gering entwickelte Tubenmuskulatur verminderte Funktion für den Eitransport bedeuten. In verschiedenen Fällen kommt als Aetiologie die **äußere Ueberwanderung** in Betracht, denn man findet das Corpus luteum auf der anderen Seite. Störungen im Transportmechanismus, wobei Flimmerstrom

und Peristaltik beteiligt sind, spielen die wesentliche Rolle bei der Entstehung einer Tubenschwangerschaft. Nach den meisten Autoren kommen diese Störungen auf **entzündlicher Grundlage** zustande. Hoehne gibt hier als wesentliche Ursachen Hindernisse im Eileiter an, die dem Ei den Durchtritt bis zum Cavum uteri verwehren. In Faltenverschmelzungen und intramuskulären epithelialen Abzweigungen vom Tubenlumen kann sich das Ei verfangen und sich bei seiner Nidationsreife niederlassen. Auf Grund von zahlreichen Untersuchungen kommen Martin, Opitz und Werth u. a. zu derselben Auffassung wie Hoehne. Schönholz faßt intramuskuläre Abzweigungen des Tubenlumens und die Faltenverschmelzungen im allgemeinen als Bildungsanomalien auf; er stützt sich dabei besonders auf die heterotop vorkommende Uterusmucosa in der Tube, die das Ei zur Nidation an diesen Stellen veranlasse. v. Jaschke berichtet von der Gießener Klinik, daß vor dem Krieg die Extrauterin gravidität so selten wie die gonorrhöische Salpingitis war und daß beide in den Nachkriegsjahren zugenommen haben, während sich die Entwicklungshemmungen immer bei seinem gynäkologischen Krankenmaterial in ungeheuer großer Zahl finden. Trotzdem glaubt er für die Aetiologie der Extrauterin gravidität entzündlichen Adnexprozessen septischen Ursprunges größere Bedeutung beimessen zu müssen als den gonorrhöischen, da die Extrauterin gravidität nicht in demselben Verhältnis wie die Gonorrhoe auftritt.

In der Mehrzahl der Fälle kommt die **aszendierende Infektion vom Uterus** mit einer Endosalpingitis, die **fortgeleitete Entzündung von** einem entzündeten, der Tube **benachbarten Organe in der Bauchhöhle** — besonders von der Appendix — mit einer sog. Perisalpingitis in Frage. Der hämatogene und lymphogene Infektionsweg dürften eine geringere Bedeutung haben.

Nach der **ovogenen Theorie** besteht noch die Möglichkeit, daß nicht nur das Transportorgan, sondern auch das Transportobjekt, also das Ei, pathologisch verändert ist und dadurch zu einer zu frühen Nidation neigt.

Peus-Hamburg stellt eine **Parallele zwischen Zunahme der Aborte und Extrauterin gravidität** fest und zieht daraus ätiologische Schlüsse.

Wir haben bei unseren Patientinnen sehr viele (27), die in ihrer Anamnese Aborte zu verzeichnen haben, die teils ohne Fieber mit einer Ausschabung, teils febril und konservativ behandelt worden waren. 4 unserer Patientinnen gaben an, daß sie früher ein **febriles Wochenbett** durchgemacht hätten. In 4 Fällen war die andere Tube bei der Operation auch entzündet gefunden worden. Hier muß bemerkt werden, daß es sich um eine relativ niedrige Zahl handelt, weil wie schon bemerkt, zu unserem Material nur Fälle ausgewählt wurden, bei denen eine einseitige Exstirpation der Tuben vorgenommen worden war, mit Ausnahme der vier Fälle, wo die andere Tube teilweise reseziert wurde. Bei vier Frauen konnte man bei der Laparotomie **Infantilismus** mit abnorm langen Tuben und Hypoplasie des übrigen Genitales feststellen. Allerdings befindet sich hier eine Frau darunter, die nach der Extrauterin gravidität eine normale Geburt hatte. Es besteht die Möglichkeit, daß Veränderungen infolge der Tubar gravidität eine Hyperämie geschaffen und eine Entwicklung der zurückgebliebenen Tube herbeigeführt hatten.

Wahrscheinlich wird auch die vermehrte Benützung **antikonzeptioneller Mittel** in den letzten Jahren mit ihren entzündlichen Folgeerscheinungen zur Entstehung von Tubar graviditäten führen.

Bei der Betrachtung der verschiedenen ätiologischen Faktoren, die zu einer Tubar gravidität führen können, müßte man annehmen, daß in den meisten Fällen beide Tuben pathologisch verändert werden, sodaß, wenn eine Konzeption nach der ersten operativ beendeten Extrauterin gravidität eintritt, sehr oft ein Rezidiv entstehen müßte. Glücklicherweise trifft diese Annahme nicht in der Wirklichkeit zu. Allgemein kann man sagen: Es besteht immer bei einer Veränderung der Tube eine **relative Disposition zur tubaren Einbettung** des befruchteten Eies.

Von unseren 92 Patientinnen hatten **21 wieder eine intrauterine Schwangerschaft**. Eine Frau hatte sogar 3, vier Frauen 2 normale Geburten nachher. Zwei waren dabei mit je einer Geburt und einem Abort. Bei einer Frau trat nur eine Fehlgeburt ein; allerdings ist zu berücksichtigen, daß sie die Extrauterin gravidität erst 1933 hatte, sodaß die Möglichkeit einer späteren normalen Geburt sehr groß ist. Zwei Patientinnen, die nach ihrer Tubargravidität normal geboren hatten, mußten später wegen eines Rezidivs wieder operiert werden. 1930 wurde z. B. bei der einen Frau eine Salpingoophorektomie links vorgenommen wegen einer Tubargravidität. Nach einem Jahr hatte die Betreffende einen Abort mens III, der ausgeräumt werden mußte. 1932 folgte eine normale Geburt; das Wochenbett war angeblich fieberlos verlaufen. Ein Jahr darauf mußte wegen eines Rezidivs die Exstirpation der rechten Tube vorgenommen werden. Bei der Operation wurden Verwachsungen gelöst. Ob nun diese Ueberreste von der ersten Operation das Rezidiv hervorriefen, oder ob die intrauterinen Schwangerschaften die Ursache dazu waren, kann man nicht entscheiden. — Hieraus ist zu ersehen, daß man nie mit Sicherheit behaupten kann, daß nach einer späteren intrauterinen Schwangerschaft nicht doch noch eine extrauterine folgen wird.

Vor der ersten Extrauterin gravidität hatten 37 Frauen überhaupt noch keine lebenden Kinder. Hier hatten 7 Frauen nachher normale Geburten, davon 5 Frauen eine, 1 Frau drei, und 2 waren zur Zeit der Anfrage zum zweitenmal schwanger. — Nun darf man natürlich nicht sagen, daß 29 Frauen ohne Kinder bleiben werden, weil unsere Beobachtungszeit noch zu kurz ist. 72 Frauen hatten schon **vor der extrauterinen intrauterine Schwangerschaften**, wobei nicht berücksichtigt werden soll, ob die Schwangerschaft in einer normalen Geburt oder in einem Abort endete. Diese Fälle betragen 78,3% des Materials.

21 Frauen hatten **nach der Operation eine intrauterine Schwangerschaft**, das macht 22,8% der gesamten hier herangezogenen Fälle. Wenn man die

Fälle von 1934 ausschließt, weil die Beobachtungszeit zu kurz ist, kann man mit 24,4% rechnen (82 Fälle). — Von den 38 Frauen, die nach der Operation überhaupt **konzipierten**, betragen die intrauterinen Schwangerschaften 55,3%.

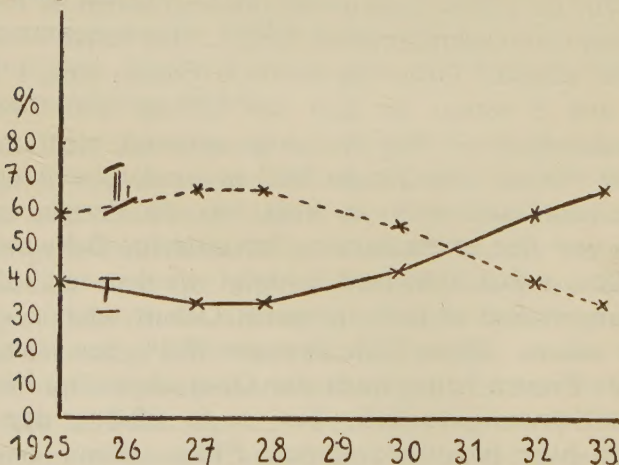
Apajalahti-Helsingfors berichtet von über 50% intrauterinen Schwangerschaften aller postoperativen Konzeptionen.

Die **Zeit zwischen intrauteriner Schwangerschaft und Extrauterin gravidität** ist mit 3 Jahren die häufigste. 2 Monate ist als Minimum und 15 Jahre als Maximum anzugeben. Verändert erscheinen die Zahlen nach der Operation, wo die durchschnittliche Zeit bis zur nachfolgenden Konzeption (ohne Rezidiv gerechnet) weniger als ein Jahr beträgt, in einem Falle nur 2½ Monate. Die **Konzeptionspause** ist somit nachher kürzer geworden). wenn wir als Trennungslinie die Extrauterin gravidität haben.

Bemerkenswert ist an unserem Material, daß **in den letzten Jahren die Rezidive gegenüber den postoperativen intrauterinen Schwangerschaften zurücktreten**.

Ein anschauliches Bild mag folgende Darstellung bieten:

- I. Nachfolgende intrauterine Schwangerschaften.
- II. Rezidive, dargestellt in % der gesamten postoperativen Konzeptionen für die Fälle der einzelnen Jahrgänge ohne 1934.



Bei Kurve I sehen wir nach geringem Fallen ein allmähliches Ansteigen. Kurve II fällt nach schwachem Anstieg stetig.

Es möge wohl an der abnehmenden Rezidivzahl und den allmählich vermehrten intrauterinen Schwangerschaften die verbesserten Operationsmethoden und die Nachbehandlung eine Rolle spielen, im besonderen die Behandlung der entzündeten nichtexstirpierten Adnexe, die man bei der Operation entdeckt. — Apajalahti verlangt daher dringend eine prophylaktische Behandlung einer bestehenden Adnexerkrankung.

Reichl hat an einem Material von 212 Fällen für die Jahre 1926 bis 1930 an der Kieler Universitäts-Frauenklinik eine Rezidivzahl von 5,6% des Gesamtmaterials berechnet. Hoehne berichtet von 5% Rezidiven, bezogen auf alle Extrauteringraviditätsfälle, 20% nachfolgende intrauterine Graviditäten. Er berechnet die Wahrscheinlichkeit einer späteren intrauterinen Schwangerschaft 5mal größer als eine Wiederholung der ektopischen Schwangerschaft. — Albrecht-München kommt bei großem klinischen Material zu einem außerordentlich günstigen Resultat, nämlich **nur zu 2% Rezidiven**. Die Wahrscheinlichkeit einer späteren Intrauterinschwangerschaft beträgt nach seinen Angaben das 5- bis 6-fache einer zweiten Extrauterinen, sodaß er die prophylaktische Excision einer unveränderten Tube nicht für gerechtfertigt hält. — Von Mailand meldet Tone Mario 6,35% Rezidive der vorausgegangenen operativ behandelten ektopischen Schwangerschaften, die in 27,7% durch vorausgegangene Entzündungen puerperaler oder postoperativer Herkunft bedingt waren. In 59% waren die Rezidive begünstigt durch die bei der Operation schon festgestellten entzündlichen Veränderungen an den Adnexen der anderen Seite. — v. Jaschke erhält in 10% aller Fälle Rezidive und bei einem Drittel aller Fälle später normale intrauterine Gravität. Masson und Simon geben von der Mayo-Klinik in Nordamerika eine Rezidivzahl von 20,6% der postoperativen Konzeptionen an.

Für unsere Klinik gilt folgende Zusammenstellung:
(Alle 10 Jahrgänge zusammengefaßt, berechnet für unser
einseitig ausgewähltes Material):

intrauterine Schwangerschaften nachher:

21=22,8% aller Fälle (92); = 53,9% der postoperativen
Konzeptionen (39).

Rezidive:

20=21,7% der 92 ausgewählten Fälle und = 51,3%
der postoperativen Konzeptionen (39).

Postoperative intrauterine Schwangerschaften

	Zahl	% aller Fälle	% der Konzeptionen
1925—1929	7	22,6	46,7
1930—1934	14	23	58,3
Rezidive:			
1925—1929	9	29	60
1930—1934	11	18	45,9

1925—1929: 31 Fälle; 15 postoperative Konzeptionen.
1930—1934: 61 Fälle; 24 „ „

Dieses Schema zeigt wieder, daß sich das Verhält-
nis der postoperativen Schwangerschaften zu den Rezi-
diven in den letzten 5 berechneten Jahren zu Gunsten der
ersteren verschoben hat. — Unsere Rezidivzahl für alle
Fälle ist deshalb so groß, weil wir nicht alle Extrauterin-
graviditäten, die an unserer Klinik zur Behandlung ge-
kommen sind, berücksichtigt haben, sondern, wie eingangs
erwähnt, eine Auswahl getroffen haben.

Unsere Patientinnen wurden weiterhin nach **post-
operativen Menstruationsveränderungen** gefragt. Wir
haben in über der Hälfte der Fälle beobachten können,
daß keine Aenderung in der Regelblutung eingetreten war
nach der Operation, sowohl hinsichtlich des bestehenden
Zyklus als auch der Dauer und Stärke.

In 4 Fällen trat eine Amenorrhoe ein, die bei drei
Frauen durch doppelseitige Adnexextirpation wegen

zweimaliger Extrauteringravidität begründet war und die Ovarien wegen Verwachsungen mitentfernt werden mußten. Bei einer Patientin war die ausgebliebene Regel erklärt durch das inzwischen eingetretene Klimakterium. Von den drei erstgenannten Frauen war eine erst 20 Jahre alt bei der ersten Extrauteringravidität; umso bedauerlicher ist der Fall, als nach zwei Jahren ein Rezidiv eintrat, ohne daß die Frau vorher eine intrauterine Schwangerschaft hatte; und da jetzt beide Ovarien fehlten, trat sie schon mit 22 Jahren ins Klimakterium ein und wurde schon so früh mit klimakterischen Beschwerden belastet. Ein ähnlich trauriges Schicksal hatte auch eine andere Patientin von 23 Jahren, wo auch bei zweimaliger Tubargravidität die gesamten Adnexe entfernt werden mußten. Daraus folgt die Konsequenz, daß man bei jeder Operation wegen Tubargravidität **möglichst die Ovarien zu erhalten** suchen muß und nur eine Exstirpation der Tuben vornimmt.

In 31 Fällen waren **Menstruationsveränderungen** eingetreten. Wir haben unterschieden zwischen solchen, die ovariell bedingt und denen, die vom Uterus ausgegangen sind. Die Zahl der Veränderungen ist nach einfacher Tubenexstirpation bzw. -resektion prozentual gleich groß wie nach Entfernung der betroffenen Tube mit dem entsprechenden Ovar.

Übersicht über die festgestellten Regelveränderungen.

1. ovariell bedingt:

Zyklusveränderungen			Ausbleiben
regelmäßiger	un-	4 wöch. zu 3 wöch.	
5	7	1	4

2. vom Uterus ausgehend:

Dauer		Stärke		Dysmenorrhoe
länger	kürzer	stärker	schwächer	Kreuz- u. Unterleibsschmerz.
6	5	4	8	10

Er ergaben sich bei den verschiedenen Patientinnen folgende einfache bzw. kombinierte Veränderungen:

a) mit ovariellen Funktionsänderungen:

1. Zyklusveränderungen allein:	5
2. " " +Stärke:	3
3. " " +Dauer:	2
4. " " +Dysmenorrhoe:	2
5. " " +Dauer+Stärke+Dysmenorrhoe:	1
	13

b) ohne ovarielle Funktionsveränderungen:

1. Dauer:	5
2. Stärke:	5
3. Dysmenorrhoe:	4
4. Dauer + Dysmenorrhoe:	1
3. Stärke + Dysmenorrhoe:	1
6. Dauer + Stärke:	1
7. Dauer + Stärke + Dysmenorrhoe:	1
	18
	zusammen 31

Zyklusveränderungen wurden ovariell bedingt aufgefaßt, ob in den einzelnen Fällen nicht andere endokrine Organe oder der veränderte allgemeine Körperzustand als Ursache anzusprechen sind, konnte nicht berücksichtigt werden.

Runge hält es für wahrscheinlich, daß gerade nach in den letzten Jahren gemachten Erfahrungen die Entfernung eines Ovars in Hinsicht auf die Funktion eine Minderung bedeute, und solche Frauen häufig mit ovariell bedingten Störungen (Tempoanomalien und glanduläre Hyperplasie) erkrankten. Auch nach anderen Operationen z. B. nach Appendektomie werden Zyklusänderungen festgestellt. Die Ursachen für die veränderte Ovarialfunktion sind nicht klar.

Die Veränderungen, die in der Regelblutung eintraten bezüglich Dysmenorrhoe, vermehrter Stärke und Dauer sind im wesentlichen durch Verwachsungen des Uterus mit der Umgebung eingetreten, wodurch die Kontraktion erschwert ist. Die verkürzte und schwächere Blutung läßt sich nicht mit Sicherheit erklären. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß man nach Tubenexstirpation cystische De-

generation und Verwachsungen im zugehörigen Ovar findet. Diese Veränderungen des Ovars sind für die Frau sehr schmerzhaft. — An sonstigen Beschwerden wurden im wesentlichen Kreuz- und Unterleibsschmerzen auch außerhalb der Menses angegeben. 4 Frauen hatten über Narbenhernien zu klagen.

Fluor, der von vielen Patientinnen mitgeteilt worden war, kann nicht immer als Krankheitszeichen angesehen werden, zumal viele Frauen angaben, daß er unmittelbar vor oder einige Tage nach der Regelblutung auftrete. In seltenen Fällen muß an eine Entzündung der Tuben gedacht werden. Als völlig gesund, d. h. ohne irgendwelche genitale Beschwerden, die von der Operation herühren konnten und die nicht an die Menses gebunden sind, kann man 48 Patientinnen bezeichnen.

44 Frauen klagen über verschiedene **Beschwerden**, die **postoperativ** aufgetreten sein sollen:

Fluor	14
Fluor und Unterleibsschmerzen	10
Fluor und Kreuzschmerzen	3
Unterleibsschmerzen	10
Kreuzschmerzen	4
Kreuz- und Unterleibsschmerzen	1
Fluor, Kreuz- und Unterleibsschmerzen	2
	44

Rechnet man die Fälle ab, wo nur über Fluor prä- oder postmenstruell geklagt wird, so können wir mit 62 genital gesunden Frauen rechnen; das sind ca 67% aller Fälle, eine Zahl, die ungefähr auch mit Beobachtungen an anderen Kliniken übereinstimmt.

Viele Frauen geben an, daß sie sich seit der Operation gesundheitlich besser fühlen. Das mag wohl psychisch begründet sein, als Nachwirkung und Festlegung eines solchen Erlebnisses, wie es eine zur Operation kommende Tubargravidität mit allen ihren Aengsten mit sich bringt.

Die Verteilung auf je 5 Jahrgänge ist folgende:

	Gesamtzahl der Fälle	Symptomlose	Mit Symptomen
1925—1929	31	18 = 58%	13 = 42%
1930—1934	61	44 = 72%	17 = 28%
1925—1934	92	62	30

Aus der Aufstellung ist ersichtlich, daß sich die Zahl derjenigen Frauen, die **ohne Symptome nach der Operation** blieben, bei den letzten 5 Jahrgängen wesentlich erhöht hat. Ein ähnlich erfreuliches Resultat ergab auch der Vergleich der postoperativen intrauterinen Schwangerschaften. Die verbesserten Operationsmethoden und die entsprechende Nachbehandlung mögen auch für diese besseren Resultate verantwortlich gemacht werden.

In 29 Fällen waren Verwachsungen bei der Operation festgestellt worden, die teils durch Hämatocelen teils durch Pelveoperitonitiden entstanden waren. Davon blieben 15 ohne Symptome.

Wenn Entzündungen der anderen Adnexe während der Operation einer Tubargravidität festgestellt werden, ist eine entsprechende Behandlung zur Vermeidung von späteren Beschwerden selbstverständlich.

Zusammenfassung meiner Resultate:

1. 21 Frauen hatten nach der Operation intrauterine Schwangerschaften, das sind von den 92 Fällen unseres einseitig ausgewählten Materials ca. 23% (eine Tube war bei diesen Fällen zurückgeblieben). Von diesen 92 Frauen hatten 39 postoperativ konzipiert, davon waren 21 = ca. 54% der Konzeptionen intrauterine Schwangerschaften. 2 Patientinnen von den 21 hatten nach der postoperativen intrauterinen Schwangerschaft ein Rezidiv.

2. Rezidive (20) traten in 21% aller Fälle (92) ein; das sind 51% der postoperativen Konzeptionen. (2 Frauen hatten postoperativ intrauterine Schwangerschaften).

3. Die Konzeptionspause war postoperativ kleiner, durchschnittlich unter 1 Jahr, vor der Operation durchschnittlich 3 Jahre.

4. Die meisten Frauen waren II-Para.

5. Die erste Tubargravidität trat bei den meisten Frauen zwischen 25 und 30 Jahren ein.

6. Postoperative Veränderungen der Menstruation zeigten 31 Patientinnen, ovariell bedingt 13, und die übrigen vom Uterus ausgehend.

7. 30 Patientinnen klagten über verschiedene genital verursachte Beschwerden. 67%₀ aller Frauen können als genital gesund gelten.

Zum Schluß möchte ich dem Referenten der Arbeit, Herrn Oberarzt Dr. med. habil. Jacobi, für die Anregung und Mithilfe meinen Dank aussprechen; weiterhin ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Dr. med. habil. Busse für seine Bemühungen zu danken.

Literatur-Angabe.

- H. Albrecht, Münch. med. Wschr. S. 660, 1933.
- A. Apajalahti-Helsingfors, Ueber die späteren Schicksale der wegen Tubenschwangerschaft Operierten. Acta obstetr. et gyn. scand. Vol. XII, 1932.
- H. Heimprecht, Ueber die Zunahme der Extrauteringravidität während der letzten Jahre und deren Ursache. Diss. med. 1935, Heidelberg.
- O. Hoehne, Die ektopische Schwangerschaft, aus Halban-Seitz 7, II, 1928.
- v. Jaschke, Extrauteringravidität. Neue Deutsche Klinik III, 1929 und Lehrbuch der Gynäkologie von v. Jaschke-Pankow, 1923.
- Folke Moeller-Schweden, Zur Symptomatologie und Diagnostik der Extrauteringravidität. A. obst. et gyn. scand. Vol. VI, 1927.
- Peus, Zunahme der Tubargravidität, Zbl. f. Gyn. Nr. 24, 1929.
- E. Reichl, Ueber das klinische Bild der ektopischen Schwangerschaft. Dtsch. med. Wschr. Nr. 1, 1931.
- H. Runge, Blutung und Fluor, Med. Praxis Bd. IX, 1930.
- Tone Mario-Mailand, Ber. über d. ges. Gyn. u. Geb.hilfe, 1934.
- v. Winckel, Lehrbuch der Geburtshilfe, 1893.
-

Lebenslauf.

Am 12. November 1911 bin ich in Mannheim geboren, besuchte 4 Jahre die Volksschule und 6 Jahre die Tulla-Oberrealschule. Ostern 1931 legte ich an der Elisabethschule in Mannheim die Reifeprüfung ab. In Heidelberg studierte ich 11 Semester Medizin. Im Sommer 1933 bestand ich die ärztliche Vorprüfung, im Herbst 1936 das medizinische Staatsexamen.

Maria Tritschler
